

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

39

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Mihaïl GHUROFF

Né le 11 Septembre 1910 à Karabounar-T.Pazardjisko (Bulgarie)

LA LIGAMENTOPEXIE dans l'incision transverse

PAR SUTURE DES LIGAMENTS RONDS

A L'ARCADE FÉMORALE

(Procédé du Docteur Douay)

Président : M. PROUST, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551424_0081

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Mihaïl GHUROFF

Né le 11 Septembre 1910 à Karabounar-T.Pazardjisko (Bulgarie)

LA LIGAMENTOPEXIE dans l'incision transverse

PAR SUTURE DES LIGAMENTS RONDS

A L'ARCADE FÉMORALE

(Procédé du Docteur Douay)

Président : M. PROUST, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1935

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anaemie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale
 BULLJARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT.... Pathologie médicale.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU.. Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING.... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUENU..... Pathologie chirurgicale
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 SEZARY..... Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) ... Pathologie médicale.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER..... Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.

MM.

GUENIOT..... Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
METZGER..... Clinique obstétricale

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education Physique.
FREY.....	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Témoignage de ma reconnaissance.

A MA MÈRE

A MA FEMME

Qui fut la compagne courageuse et dévouée de toutes mes études.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DOUAY
ANCIEN CHEF DES TRAVAUX GYNÉCOLOGIQUES
A L'HOPITAL BROCA

*Qui m'a inspiré ce travail,
l'a dirigé avec sollicitude et
m'a aidé par sa collaboration
dans la rédaction du chapitre
anatomie, et dont j'ai pu suivre
avec fruit pendant deux années,
le remarquable enseignement.*

*Qu'il veuille bien trouver
ici l'expression de ma vive
gratitude, de mon admiration
et de mon grand attachement.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage de notre respec-
tueuse gratitude pour le grand
honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.*

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Pendant la dernière année de nos études médicales, nous avons suivi régulièrement la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca. Nous avons suivi l'enseignement du Professeur J.-L. Faure, et de son assistant le Docteur Douay. Puis, après le départ du Professeur Faure, nous avons continué à suivre le service dirigé par le Professeur Proust.

Nous y avons vu pratiquer un grand nombre de ligamentopexie pour rétroversion utérine. Les résultats thérapeutiques de cette opération sont bons en général, quelque soit le procédé employé, à la condition que la fixation ne se relâche pas et que la réduction soit obtenue définitivement.

Le Professeur Faure fait presque toujours une opération très particulière à lui, et relativement peu connue des autres chirurgiens. La laparotomie est faite par l'incision médiane, les ligaments ronds sont fixés à la partie inférieure de l'incision, à la tranche de section de l'aponévrose abdominale. Cette fixation

est faite par 2 à 3 points à catgut très solides, de chaque côté avant de procéder à la suture médiane, de sorte que l'on peut juger de l'effet de cette pexie en voyant dans la profondeur l'utérus redressé et en bonne place. On termine par la suture médiane qui rapproche l'un de l'autre les deux ligaments parallèlement fixés aux bords de la plaie. L'avantage de ce procédé est sa simplicité et sa rapidité ; aussi comprend-on qu'il soit le procédé préféré du Professeur Faure.

Nous avons parfois demandé au Professeur Faure, si ce procédé lui était propre, et en conséquence méritait de porter son nom. Il nous a répondu qu'il avait toujours pratiqué les ligamentopexies de cette façon, mais, que d'autres chirurgiens opéraient de cette manière, en particulier Bouilly qui l'avait précédé à l'hôpital Cochin.

Le Docteur Douay, ainsi que la plupart des internes et chefs de clinique que nous avons vu opérer, utilisent le procédé classique de Doléris. Par une petite boutonnière de l'aponévrose, une pince est introduite dans l'épaisseur du muscle droit de l'abdomen et celui attire à l'extérieur le ligament rond qui est fixé avec celui du côté opposé sur la ligne médiane au contact de la suture médiane. Le procédé est excellent et donne toute satisfaction. C'est également ce procédé de Doléris que le professeur R. Proust utilise habituellement dans son service.

Contrairement au Professeur Faure, le Docteur Douay fait parfois des incisions transverses et spécialement chez les femmes jeunes qui désirent avoir des enfants. Dans ces cas, où l'incision transverse est pratiquée, le procédé de Doléris n'est plus applicable. Nous lui avons vu utiliser un procédé particulier qu'il emploie depuis plus de dix ans et qu'il n'a jamais publié. Ce procédé nous a vivement intéressé, nous avons recherché les résultats obtenus qui nous ont paru donner toute satisfaction.

Nous ne voulons pas étudier ici toute la question des rétropositions utérines, ni les multiples procédés chirurgicaux employés pour redresser l'utérus.

Nous insisterons seulement sur l'anatomie de la paroi abdominale de façon à mettre en valeur les détails de la technique opératoire du Docteur Douay. Puis nous rapporterons avec soin une dizaine d'observations, recueillies dans le service, et dont nous avons apprécié les beaux résultats.

CHAPITRE II

RETRODEVIAION UTERINE

Ce sont les plus fréquentes des déviations utérines ; selon une statistique de P. Delbet, sur 35 déviations utérines on trouve 4 antéflexions, 1 antéversion et 30 rétrodéviations. On distingue deux variétés de déviation de l'utérus en arrière : la rétroversion et la rétroflexion.

Dans la rétroversion, l'utérus bascule tout entier autour d'un axe transversal passant par son isthme ; le corps est basculé en arrière, et tombe dans le cul de sac de Douglas, devant le rectum plus ou moins bas, suivant le degré de la rétroversion, le col se relève et vient faire saillie en avant et en haut.

Dans la rétroflexion, au contraire le col demeure stable, seul le corps utérin s'infléchit au niveau de l'isthme et tombe en arrière.

Souvent, on trouve associées ces deux formes, donnant une rétroverso-flexion utérine ; ayant la même étiologie commune, avec des symptômes identiques, et justiciables des mêmes thérapeutiques. Pour la

commodité de la description, nous réunissons dans une étude d'ensemble les deux formes, tout en tenant compte, au cours de la description de leurs différences.

Etiologie

Il y a deux sortes de rétrodéviation :

1. Rétroversions congénitales,
2. Rétroversions acquises.

1. Rétroversions congénitales. — Sont rares, leur existence est même discutable. Il ne s'agit pas d'une malformation, mais d'un arrêt de développement de l'utérus au moment de la puberté, selon la conception de Schultze, adoptée plus récemment par Sellheim et par Küstner. A la naissance, l'utérus et le vagin sont dans le même axe ; plus tard, le vagin se développe, s'agrandit et devient presque horizontal, tandis que l'utérus s'infléchit vers la vessie, formant avec le vagin un angle, ouvert en avant. Or, si par une raison quelconque, le système génital subit un arrêt de développement, le vagin reste court, l'utérus vertical, ne s'infléchit pas en avant, alors la poussée de la masse intestinale, jointe à l'action de la vessie, le refoule progressivement en arrière, la rétrodéviation dite congénitale est créée ; dans ce cas, il s'agit presque toujours de rétroversion.

2. Rétroversions acquises. — Elles sont les plus importantes, on peut les diviser en deux groupes :

a. Rétroversions secondaires,

b. Rétroversions primitives.

a. *Rétroversions secondaires.* — Ici, dans ces formes, le vice de position de l'utérus est la conséquence des lésions pelviennes inflammatoires ou néoplasiques. Dans l'ordre néoplasique, c'est souvent un fibrome de la paroi postérieure, qui entraîne l'utérus dans le cul-de-sac de Douglas. Parmi les maladies inflammatoires utérines ou para-utérines, les plus importantes sont : la métrite, surtout la métrite puerpérale qui est à la base de bien des rétrodéviations ; l'organe alourdi, modifié dans sa texture, arrive à vaincre la résistance des ligaments, dont la tonicité est déjà relâchée du fait de la distension gravidique, et penchée en arrière. La salpingo-ovarite est souvent aussi cause des rétrodéviations, bien démontré par Vallin. *Prolapsus des ovaires*, (Thèse de Paris 1887), et P. Delbet dans la thèse de Dupont 1907. Les annexes malades augmentent de volume, prolabent dans le Douglas et attirent vers elle, en arrière, l'utérus. La pelvi-péritonite et la paramétrite produisent les mêmes effets. Les ligaments utéro-sacrés, qui se trouvent relâchés dans ces cas, le col s'incline en avant, le corps mal retenu par les ligaments ronds altérés, tombe petit à petit en arrière.

b. Rétroversions primitives. — Ici, le vice de position est le facteur prépondérant, essentiel : c'est à lui qu'il faut rapporter les symptômes. Dans cette catégorie, on range d'après *Forgue* les *rétrodéviation des jeunes filles, des jeunes femmes stériles et les rétrodéviation d'origine obstétricale sans phénomènes infectieux, mais purement d'origine mécanique*. Dans le premier cas, on explique la rétrodéviation utérine par un état d'affaiblissement et d'atonie des tissus fibreux et musculaires, qui réalise le relâchement des ligaments suspenseurs de l'utérus sans aucune métrite infectieuse. L'utérus de ces femmes est gros, scléreux, et se laisse facilement entraîner en position vicieuse. Pour Richelot, il s'agit d'un tempérament spécial seul responsable de la rétrodéviation ; quelques causes adjuvantes peuvent être invoquées, toutes celles qui congestionnent le pelvis et alourdissent l'utérus : excès sexuels, équitation, abus de la bicyclette, masturbation, et la position debout habituelle.

Dans le cas des rétrodéviations utérines d'origine obstétricale, sans phénomènes infectieux il y a trois possibilités :

α. écart d'hygiène, la femme se lève trop tôt, l'utérus n'a pas encore repris sa tonicité normale, les ligaments sont relâchés et distendus ;

β. traumatismes obstétricaux, qui affaiblissent et délabrent l'appareil musculaire et ligamenteux du

pelvis. La lacération du périnée, l'amincissement de la cloison recto-vaginale, l'allongement de l'anse ligamentaire utéro-sacrée permettent la descente de l'utérus en prolapsus. Le faisceau fusiforme du releveur de l'anus, qui comprime et obture le vagin, en ramenant sa paroi postérieure contre la paroi antérieure et contre la vessie, présente un obstacle à la descente tant que persiste la contraction énergique de ce faisceau ; alors l'utérus qui se trouve chassé par la poussée abdominale, ne pouvant continuer son mouvement dans le sens vertical, il bascule en arrière, et ainsi la rétroversion se produit qui n'est souvent que le premier stade du prolapsus (Doleris) ;

γ. *défaut d'involution utérine*, l'utérus qui demeure gros, mou, *tiraille* l'appareil ligamenteux et tombe dans le Douglas. Quelques auteurs pensent que l'involution plus rapide au niveau de la paroi postérieure serait la cause de l'infection utérine.

Donc, en général, les rétrodéviations, primitives ne sont pas sous la dépendance de l'infection, mais elle peut atteindre secondairement l'utérus dévié en état de résistance diminuée.... « La métrite, la paramétrite, augmentent la position vicieuse, de sorte qu'il est parfois difficile de dire, au bout d'un certain temps, si la rétrodéviation a été la lésion primitive essentielle, ou bien si elle est la conséquence des lésions pelviennes inflammatoires préexistantes... » (Forgue).

Anatomie Pathologique

Dans la *rétroversion utérine*, le col et le corps sont dans le prolongement l'un de l'autre, quelquefois l'utérus rétroversé se plie sur lui-même donnant la *rétroverso-flexion*.

La *rétroflexion* se caractérise par son col qui demeure en place, quelquefois, plus rapproché de la symphyse pubienne qu'à l'état normal, l'angle de la flexion du corps sur le col est ouvert en arrière et en bas, d'autant plus accentué que le fond de l'utérus est plus bas dans le Douglas. Souvent on rencontre un certain degré de prolapsus.

Dans les rétrodéviations congénitales, le corps utérin est peu développé, aplasié, le col est long, grêle, il s'agit d'un arrêt de développement de tout le système génital.

Dans les rétrodéviations acquises primitives des jeunes filles et jeunes femmes stériles, non infectées, l'utérus est gros, congestionné, sa paroi est hypertrophiée, sauf à l'endroit de la flexion d'après Martin, où existerait plutôt une atrophie des éléments musculaires et du parenchyme.

La muqueuse utérine présente une pseudo-métrite hyperplasique, le parenchyme interstitiel est épaissi, scléreux, à la coupe ; les ligaments sont relâchés, sur-

tout les ronds. Les annexes sont souvent lésées, trompes congestionnées et épaissies, ovaires scléro-kystiques. Les parois vaginales sont atones, souvent avec un peu de cystocèle. Cette rétroversion ainsi caractérisée est mobile, réductible, mais plus tard s'infecte et devient irréductible, adhérente. Cette infection qui peut être primitive ou secondaire donne un utérus métritique, gros, rouge, recouvert d'exsudat fibrineux, filamenteux, avec parois épaisses et ramollies, col hypertrophié, lèvres entr'ouvertes, tout autour existent érosions plus ou moins étendues. La muqueuse présente des lésions d'endométrite fongueuse ou polypeuse. Annexes enflammées, augmentées de volume, déplacées, enveloppées d'adhérences plus ou moins solides, reliquat de pelvi-péritonite ancienne. Ces adhérences témoins de la réaction inflammatoire péri-utérine, peuvent être prépondérantes dans le Douglas, réalisant la paramérite postérieure de Schultzé, qui fixe fortement l'utérus en position vicieuse. Cette rétrodéviatiion est dite adhérente et irréductible justiciable du traitement chirurgical.

Symptomatologie

Un grand nombre de rétrodéviations utérines sont parfaitement tolérées et ne se traduisent par aucun symptôme. Aussi, lorsque chez une femme qui se

plaint de souffrir du ventre, on constate une rétroversion utérine, il ne faut pas attribuer à la rétroversion tous les troubles qu'elle accuse.

Les douleurs sont surtout lombaires, exagérées pendant les périodes de congestion utérine, avant les règles. C'est aussi une sensation pénible de pesanteur sur le rectum et l'anus, parfois des douleurs plus accusées au niveau du coceyx, qui est douloureux même à la pression, « la coccygodynîe-utérine... » (Mocquot). Quelquefois les douleurs surviennent pendant les règles, surtout les premiers jours. Ces douleurs sont attribuées quelquefois à l'obstacle mécanique qu'apporte à l'écoulement du sang la flexion de l'utérus au niveau de l'isthme ; mais ce n'est pas certainement la seule cause de souffrance ; souvent la femme vient consulter pour règles prolongées ou des pertes blanches. On observe souvent des troubles digestifs, anorexie, nausées, vomissements, la constipation est habituelle. Mais encore une fois, il ne faut pas mettre sur le compte des rétrodéviations tous ces troubles, les malades sont souvent des ptosiques, nerveuses, qu'il faut étudier avec soin avant de prendre la décision *thérapeutique*. Mais c'est surtout par la recherche des signes physiques en combinant le toucher vaginal au palper abdominal que l'on arrive à poser le diagnostic. On ne trouve plus l'utérus à sa place normale, mais le doigt vaginal qui explore le cul-de-sac postérieur, sent le corps uté-

rin dans le Douglas. Le col qui demeure à sa place normale en cas de rétroflexion, se trouve reporté en avant en cas de rétroversion. Souvent la pression exercée sur le corps utérin est douloureuse. Une fois le diagnostic posé, il faut s'efforcer de démontrer s'il s'agit d'une rétrodéviation mobile, réductible, ou adhérente et irréductible, d'un intérêt capital au point de vue traitement. Cette question est assez facile à résoudre, en essayant avec le doigt vaginal de pousser dans le cul-de-sac postérieur, de redresser l'utérus, qui est facilement obtenu dans le premier cas, est impossible et très douloureux dans le deuxième cas.

Complications

La rétrodéviation qui est au début mobile, réductible, peu douloureuse, évolue vite vers un degré où l'utérus est immobilisé dans sa position vicieuse, s'infecte, créant de nombreuses complications locales et du voisinage, et n'est plus justiciable que par le traitement chirurgical.

Parmi les complications locales, la métrite est la première qui ouvre la porte de toutes les autres infections qui s'attaquent aux annexes et au péritoine pelvien, d'où salpingite, salpingo-ovarite, pelvi-péritonite qui créent des adhérences solides et immobilisent l'utérus rétrodévié, devenant irréductible par ma-

nœuvres vaginales. L'avortement est un phénomène fréquent, quand la grossesse se produit dans un utérus rétrodévié. Dans la catégorie des complications du voisinage, la cystite a été signalée par Pinard et Vanier, mais beaucoup plus fréquente est la constipation qui peut devenir même opiniâtre, allant jusqu'à l'obstruction intestinale (Koeberlé). On a signalé aussi la rectite, la colite muco-membraneuse déterminées par l'utérus rétrodévié, de même tous les troubles gastriques (anorexie, dyspepsie gastro-intestinale, vomissements habituels, qui peuvent arriver à l'état d'anémie) sont attribués à la position vicieuse de l'utérus.

Traitement

Les rétrodéviations mobiles, qui sont réductibles, sont souvent justiciables par le traitement médical. Dans ce cas, il faut d'abord réduire l'utérus soit par manœuvre digitale ou instrumentale. Une fois obtenue cette réduction, il faut essayer de la maintenir par le pessaire, qui est souvent pénible à garder. D'autres (Tarnier, Pozzi) conseillent la position génu-pectorale, comme moyen de réduction et de guérison dans les rétrodéviations mobiles et récentes. Le massage gynécologique (Richelot) disent certains auteurs, décongestionne les organes contenus dans le petit bassin, assou-

plit les adhérences, et à la longue, l'utérus regagne de lui-même sa position normale. Mais le traitement médical échoue souvent, dans le cas de rétrodéviation récidivante ou irréductible, où en même temps il y a des complications (annexité avec appendicite) ou multiples adhérences ; ici il faut intervenir chirurgicalement pour traiter la rétrodéviation, et traiter en même temps toutes les complications qui l'accompagnent.

CHAPITRE III

HISTORIQUE

Pour corriger une position vicieuse, et maintenir l'utérus en position normale, il y a beaucoup de procédés opératoires qui peuvent tous se ranger en deux groupes :

I. *Hystéropexie directe.*

II. *Hystéropexie indirecte ou ligamentopexie.*

Nous allons énumérer les plus importants de ces procédés sans aucune description de technique opératoire pour montrer comment a évolué la question du traitement chirurgical des rétrodéviations utérines.

I. **Histéropexie directe**

Koeberlé a eu le premier l'idée de fixer l'utérus à l'abdomen en mars 1869, Sims répéta en 1875 la même opération ; après Kelly, Saenger, Lawson, Tait, pratiquent des interventions analogues, Terrier en France, en 1888 se fait le défenseur de cette opération et son élève, Baudouin, réunit 200 observations dans sa thèse en 1890.

Bientôt Küstner en 1896 et Pinard en 1900 publient des cas défavorables par les résultats éloignés. Oui en 1907, au Congrès de gynécologie condamne cette hystéropexie directe par le fond de l'utérus ; elle prédispose aux avortements, favorise les présentations vicieuses et les accidents dystociques.

A l'heure actuelle, on peut dire qu'on ne pratique plus que l'hystéropexie basse-isthmique, selon la technique de P. Delbet ; bien qu'elle entraîne quelquefois des accidents, elle est compatible avec l'évolution normale de la grossesse et l'accouchement, le corps utérin peut faire son empiation normale et se rétracte normalement après l'accouchement, mais difficultés opératoires considérables, et danger de *blessar la vessie et hémorragies internes* au cours de l'opération.

II. Hystéropexie indirecte ou ligamentopexie

Aujourd'hui presque tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point et presque tous ont délaissé l'hystéropexie directe en faveur de la ligamentopexie, sauf encore quelques uns qui pratiquent tantôt l'hystéropexie par le fond de l'utérus, tantôt par la technique de P. Delbet.

Les ligamentopexies peuvent être : a) *extra-péritonéales* par voie inguinale (Alquié) et b) *intra-péritonéales*, après :

1. *Laparotomie médiane ou transversale.*

a) *Ligamentopexie extra-péritonéale ou inguinale.*
Alquié de Montpellier en 1840, décrit cette opération et la présenta à l'Académie de Médecine, qui passa presque inaperçue. Quarante ans plus tard, Alexander (de Liverpool) en 1881, puis Adams (de Glasgow) peu de temps après pratiquèrent cette opération sur le vivant et la méthodisèrent. Aujourd'hui, beaucoup de chirurgiens aussi bien à l'étranger (Allemagne, Etats-Unis) qu'en France, pratiquent souvent cette opération si peu mutilante, et sans aucun danger d'infection péritonéale. Elle est très simple, et consiste à découvrir les ligaments ronds au niveau du canal inguinal et leur raccourcissement en les fixant au bord inférieur du volet aponévrotique supérieur du grand oblique ou ailleurs. D'où différentes variantes.

Le plus grand reproche que l'on peut faire à cette opération c'est l'impossibilité de s'attaquer aux complications qui accompagnent très souvent la rétrodéviation utérine, ainsi que le péritoine n'est pas ouvert.

b) *Ligamentopexie intra-péritonéale.*

1. *Après laparotomie médiane.* Ici plusieurs procédés :

a) *raccourcissement intra-abdominal* des ligaments ronds (Willy, Dartigue, Baldy);

b) *raccourcissement extra-abdominal* des ligaments

dont le procédé de Doléris, connu sous le nom de procédé de Gilliams aux Etats-Unis, est devenu classique à l'heure actuelle, par sa rapidité d'exécution et par les bons résultats que l'on en tire. Il est très simple comme technique ; après laparotomie médiane, libération des adhérences, redressement de l'utérus, on pratique, en ponctionnant au bistouri de chaque côté de la ligne médiane un peu au-dessous de l'angle inférieur de la plaie, un orifice traversant l'aponévrose, le muscle des droits et le péritoine. Les ligaments ronds sont saisis à 4 cm. des cornes utérines, sont attirés en dehors de l'abdomen à travers ces tunnels, sortent de canal inguinal artificiel. Les deux anses ligamentaires sont suturées au moyen d'un surjet au catgut aux tissus musculo-aponévrotiques avoisinants.

2. *Ligamentopexie après laparotomie transversale.* Sans énumérer les avantages qu'on peut tirer de l'incision transversale de Pfainienstiel, au point de vue solidité de la plaie et sa quasi invisibilité, nous pouvons dire dès maintenant, qu'une fois pratiquée, cette incision sur la peau, tissu-cellulaire et l'aponévrose on ne peut plus pratiquer le procédé de Doléris, avec l'espoir d'obtenir le même résultat. La question se pose alors, où fixer les ligaments ronds ?

Gilliam-Adéodato (de Bahia) pratique une sorte de Doléris, en fixant les ligaments ronds au bord inférieur de l'incision aponévrotique.

Rouillaire, publia un procédé en 1917, qui consiste à faire la suture des anses ligamentaires sous l'aponévrose. Luque (de Madrid) pratique aussi un procédé semblable à celui de Gilliain-Adéodato de Bahia.

Mocquot qui emploie souvent l'incision de Pfainnens-tiel, sectionne les ligaments ronds de chaque côté à sa partie moyenne, et accole l'une à l'autre, les parties proximales et distales des ligaments, ainsi ils se trouvent raccourcis et renforcés.

Leveuf, pratique la fixation des ligaments au muscle pyramidal.

Josset fixe au bord de l'incision de l'aponévrose.

Douay, fixe les ligaments ronds à l'arcade fémorale, dont la technique est décrite avec tous les détails dans le chapitre technique opératoire.

Tous ces procédés donnent souvent de bons résultats résumant les avantages que l'on peut attendre de l'incision de Pfainienstiel et de la laparotomie, qui permet de constater *in visu* l'état des annexes et s'attaquer aux lésions qui peuvent accompagner la rétro-déviatiou utérine. Par ailleurs, cette ligamentopexie permet la libre évolution de la grossesse, n'expose pas aux avortements, ni aux présentations vicieuses du fœtus, donne peu de récidives, et ne court pas le danger des éviscération post-opératoires, incident assez souvent observé dans la laparotomie médiane.

CHAPITRE IV

ANATOMIE ¹

Le procédé de ligamentopexie, particulier au Docteur Donay que nous décrivons dans cette thèse, est exécuté au niveau d'une région anatomique, sur laquelle nous voulons donner quelques précisions intéressant le chirurgien. La région utilisée pour faire passer le ligament rond à travers la paroi abdominale est la fossette inguinale moyenne, région où la paroi est particulièrement mince, région connue des chirurgiens comme siège de la hernie inguinale directe.

Lorsqu'on regarde la paroi abdominale par la face péritonéale, on voit les *trois* fossettes inguinales devenues classiques depuis la description de Tillaux.

Ces trois fossettes inguinales sont limitées par trois replis.

1°. *L'ouraque*. — Cordon fibreux médian, reste de la vésicule allantoïdienne ; se prolongeant de l'ombilic vers le globe vésical.

1. C'est avec la collaboration du Docteur Douay que nous avons rédigé ce chapitre, les deux planches anatomiques ont été dessinées par lui-même.

2°. *Le cordon fibreux de l'artère ombilicale*, reste de la volumineuse artère ombilicale du fœtus qui s'atrophie après la disparition de la circulation placentaire.

3°. *L'artère épigastrique*. — Qui venue de l'iliaque externe au moment où celle-ci va passer sous l'arcade de Fallope pour devenir artère fémorale, monte en haut et en dedans, croisant l'arcade fémorale puis elle contourne le bord interne de l'orifice profond du canal inguinal et continue son trajet vers l'ombilic, en gagnant le bord externe puis la face postérieure du muscle droit de l'abdomen, auquel elle donne de nombreux rameaux artériels.

L'artère épigastrique n'est pas très volumineuse, mais elle est accompagnée de deux veines, ce qui augmente la largeur du pédicule vasculaire visible sous le péritoine. De plus, au niveau de l'orifice inguinal profond, son passage est rendu plus apparent par un renforcement du fascia transversalis, le ligament de Hesselbach, dont le bord externe à aspect falciforme limite nettement le bord interne de l'orifice inguinal profond. L'artère épigastrique avec le ligament de Hesselbach sont croisés perpendiculairement par le ligament rond qui s'insère à angle aigu pour prendre la direction oblique en bas, en avant et en dedans, du canal inguinal.

Ainsi sont constituées les trois fossettes inguinales

de Tillaux : la fossette inguinale interne entre l'ouraque et l'ombilicale, la fossette inguinale moyenne entre l'ombilicale et l'épigastrique, enfin la fossette inguinale externe en dehors du ligament de Hesselbach et de l'épigastrique.

Etudions maintenant la constitution de la paroi abdominale au niveau de chacune de ces fossettes. En allant de la superficie à la profondeur, nous trouvons d'abord l'aponévrose du grand oblique dont les fibres en s'écartant constituent les piliers de l'orifice externe du canal inguinal, pilier externe, pilier interne, et pilier postérieur ou ligament de Colles pour l'autre côté.

C'est cette magnifique aponévrose qui sera sectionnée horizontalement dans l'incision de Pfannensiel, parallèlement à la direction de ces fibres. En réalité, cette incision est demi-circulaire, horizontale sur la ligne médiane, elle se relève en dehors en suivant la direction des fibres du grand oblique qui ne doivent pas être sectionnées par le bistouri.

Le deuxième plan est formé par les muscles petit oblique et transverse. Nettement séparés en dehors au niveau du flanc, les deux muscles, à mesure qu'ils se rapprochent de la région inguinale, tendent à rapprocher leurs fibres musculaire qui deviennent parallèles et qui s'unissent enfin pour former une aponévrose d'insertion ; en bas, le bord inférieur des deux muscles

réunis contournent le canal inguinal et passent au-dessus, puis en dedans et devenus aponévrotiques sous la masse de tendon conjoint, ils vont au pubis ; plus haut, l'aponévrose, petit oblique, transverse, forme la gaine du muscle droit, sorte d'étui fibreux très résistant dans lequel joue librement le muscle droit. Dans la région qui nous intéresse, la presque totalité des fibres passe en avant, dans la paroi antérieure de la gaine, se réunissant à l'aponévrose du grand oblique.

Le plan musculo aponévrotique reçoit ses nerfs des derniers intercostaux et de l'abdominogénital qui descendent obliquement et presque transversalement entre les deux muscles, donnant des perforants au grand oblique, finissant par atteindre la gaine du grand droit, qu'ils innervent.

Cette constatation permet de concevoir qu'une incision transverse de ce plan, parallèlement aux fibres musculaires ne provoque aucune section nerveuse importante.

Nous étudierons plus loin la technique opératoire utilisée par le Docteur Douay, mais dès maintenant nous pouvons dire que l'incision opératoire de ce plan musculo-aponévrotique ne lèse aucun organe important puisqu'il dissocie des éléments anatomiques sans section proprement dite.

Le troisième plan est formé par le *fascia transversalis* qui double le péritoine et qui se renforce en deux

endroits. Le premier renforcement est le ligament de Hesselbach qui délimite le bord interne de l'orifice inguinal profond et s'attache plus haut en éventail en accompagnant l'épigastrique. Le deuxième renforcement est le ligament de Henlé qui, du bord postérieur de l'arcade, remonte en haut et en dedans sous le bord externe de la gaine du droit en constituant presque à lui seul le feuillet postérieur de cette gaine.

Si nous étudions maintenant d'arrière en avant la paroi abdominale au niveau de chaque fossette, nous trouvons :

1° *Pour la fossette inguinale interne :*

Sous le péritoine, le *fascia transversalis*, le muscle droit abordé par sa face postérieure et externe par les vaisseaux et nerfs, l'épigastrique qui avec ses branches transversales et les branches terminales des derniers rameaux des nerfs intercostaux, et enfin le feuillet antérieur de la gaine, réunion puissante des aponévroses d'insertion du grand oblique, petit oblique et transverse.

2° *Pour la fossette inguinale moyenne :*

Sous le péritoine, le renforcement du *fascia transversalis* connu sous le nom de ligament de Henlé, l'artère épigastrique qui se rapproche de la gaine du muscle droit, puis petit oblique et transverse *amnicis* contournant le canal inguinal pour former plus bas

le tendon conjoint, enfin l'aponévrose du grand oblique avec plus bas ses piliers, cette paroi est relativement faible, siège de la hernie directe.

3^o *Pour la fossette inguinale externe.*

Sous le péritoine est le *fascia transversalis*, le petit oblique et transverse épais, formant la paroi antérieure du canal inguinal, enfin le grand oblique, très résistant, à la fois musculaire et aponévrotique à ce niveau.

Conclusion anatomique. — C'est au niveau de la fossette inguinale moyenne que le ligament rond est amené de l'abdomen pour traverser le péritoine, puis le *fascia transversalis*, (ligament de Henlé) en dedans de l'épigastrique ; cet endroit est marqué d'une croix sur le premier dessin. L'ensemble de ces deux feuillets ne constitue qu'une épaisseur minime comparable à une feuille de papier. Dès ce moment, le ligament rond arrive dans le champ opératoire donné par l'incision transverse, prolongée en dehors de la gaine des droits au niveau des petits obliques et transverses. Dans le deuxième dessin, la pince pénètre au niveau de ce point. L'arcade de Fallope est facilement repérée quelques centimètres plus bas, ligament résistant permettant d'y fixer solidement le ligament rond.

Le ligament rond ainsi fixé devient rectiligne de son attache utérine à son attache à l'arcade fémorale,

ayant ainsi une direction oblique en dehors, en avant et en bas. Cette direction est celle de la pince figurée dans le deuxième schéma.

Il faut se rappeler, comme dans la cure de la hernie inguinale, que sous l'arcade passe la grosse veine fémorale dont il faut éviter la piqûre, mais ce sont là, des rapports anatomiques, connus de tout chirurgien averti.

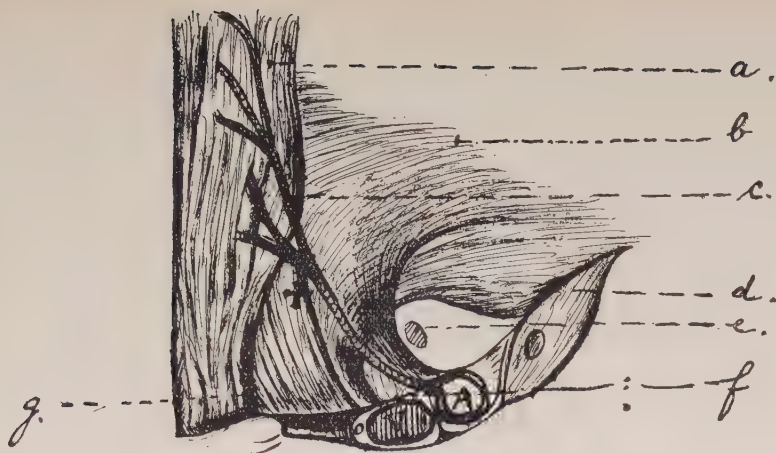


Fig. I. — VUE POSTÉRIEURE : plan musculo-aponévrotique de la région, avec ses artères (épigastrique).

- a) Muscle droit de l'abdomen.
- b) Petit oblique et transverse.
- c) Artère épigastrique (Branche de l'Iliaque externe).
- d) Tendon conjoint.
- e) Ligament rond sectionné.
- f) L'arcade de Fallope.
- g) Expansion externe des muscles droits se confondant avec le ligament de Heulé (renforcement du *fascia transversalis*).



Fig. II. — VUE ANTÉRIEURE : aspect de la paroi abdominale au cours de l'opération : en haut, les plans superficiels avec l'aponévrose abdominale sont écartés, le péritoine ouvert sur la ligne médiane montre le fond de l'utérus. La pince traverse la paroi abdominale en dedans de l'épigastrique (e sur la figure), et saisit dans la cavité péritonéale le ligament rond (b), pour l'attirer en dehors.

De l'autre côté (droit du dessin), le ligament rond (d) attiré au dehors est fixé par trois points à l'arcade fémorale, cachée sur le dessin par le bord inférieur de la plaie opératoire.

En plus, on voit sur cette figure II, a) le muscle droit de l'abdomen, c) le muscle pyramidal, f) le canal inguinal, g) le tendon conjoint.

CHAPITRE V

TECHNIQUE OPERATOIRE

La technique doit être envisagée en deux parties : l'incision transverse et la ligamentopexie proprement dite.

1° L'incision transverse

L'incision de la peau curviligne doit être faite basse, correspondant au bord supérieur du pubis dans sa partie moyenne et remonter dans ses deux extrémités, parallèlement au plis de l'aîne. La longueur totale est de 10 à 12 cm. Elle reste habituellement dans la zone des poils du pubis. Le pannicule fibro-adipeux doit être sectionné avec netteté, mais en remontant un peu vers l'ombilic, de façon à atteindre l'aponévrose abdominale à 2 à 3 cm plus haut. On retrouve presque toujours deux branches de chaque côté de la sous-tégumentouse abdominale et une grosse veine dans l'angle externe de l'incision, soit 6 ligatures à faire de suite.

L'incision de l'aponévrose sera faite horizontalement sur 8 centimètres, 4 centimètres de part et d'autre de la ligne médiane ; on ouvre la gaine des

droits et on voit apparaître les muscles droits avec chaque muscle pyramidal. A ce moment, on prend les ciseaux courbes. Ils sont enfoncés, fermés dans la gaine d'un côté et soulèvent le plan musculo-aponévrotique jusqu'à l'angle externe de l'incision cutanée. Ceci étant fait, il suffit de sectionner avec les ciseaux et dans le sens des fibres ; l'aponévrose du grand oblique jusqu'ici, sa portion musculaire ou encore le plan petit oblique transverse, est dégagé et incisé sur quelques centimètres pour ouvrir la région de la fossette inguinale moyenne (Fig. II, on voit cet écartement dans les fibres du petit oblique et transverse, à l'endroit où la pince pénètre dans la paroi).

L'aponévrose abdominale saisie par une pince de Museux au niveau de la ligne blanche, attirée vers l'ombilic pendant que le bistouri la dégage des adhérences fibreuses assez résistantes sur la ligne médiane, très lâche sur les côtés. Une compresse continue le décollement et l'isolement des muscles droits.

Le péritoine est incisé verticalement sur la ligne médiane entre les grands droits et la petite valve de Doyen est mise en place.

2° La ligamentopexie.

La ligamentopexie termine le temps intrapéritonéal de l'opération : (en général, ablation de l'appendice, redressement de l'utérus, vérification des annexes, etc.). Les ligaments ronds sont saisis avec une pince

de Kocher de chaque côté, à 3 centimètres de l'implantation utérine, en ayant soin de bien saisir le ligament et rien que le ligament. On se méfiera spécialement des vaisseaux sous-jacents, anastomose de l'utérine et de l'utéro-ovarienne. En tirant sur les deux ligaments ainsi pincés, on se rend compte si la prise est bonne et si la pince est bien placée pour permettre une bonne réduction de l'utérus. On retire la valve, les muscles droits reprennent leur place. On passe à la dissection de la fossette inguinale moyenne en répérant le bord externe d'un muscle droit, puis le petit oblique et transverse, que l'incision transverse a déjà dissociés sur quelques centimètres. On cherche l'artère épigastrique habituellement bien visible. En dedans d'elle on appuie la pointe d'une pince de Kocher qui déprime ainsi vers le ventre le feuillet mince, formé par le *fascia transversalis* avec son renforcement ligament de Henlé, qui est doublé du péritoine.

Par l'abdomen, on regarde en écartant les muscles droits, et on voit l'extrémité de la pince repoussant le péritoine de quelques millimètres à ce niveau et la pince pénètre dans la cavité péritonéale, saisit le ligament rond au contact de la pince qui le tient déjà. Cette première pince est retirée, et la seconde en tirant sur le ligament, l'entraîne en dehors de l'abdomen.

Pour trouver l'arcade de Fallope, on saisit le bord

inférieur de l'aponévrose sectionnée du grand oblique, on tend cette aponévrose, la sonde cannelée suit sa face interne et arrive à son renforcement d'aspect brillant, c'est l'arcade ; celle-ci est repérée par une pince de Kocher. Il ne reste qu'à fixer le ligament rond à cette bandelette résistante par quelques points de catgut. La traction exercée sur l'arcade l'éloigne de la région plus profonde de l'anneau crural où la veine fémorale constitue un danger qu'il faut éviter.

Une fois le ligament rond fixé à l'arcade, il est utile de refermer la zone faible, constituée par la fossette inguinale moyenne, en suturant petit oblique, et transverse au bord externe du muscle droit. On peut prendre dans le même fil le ligament rond ce qui consolide toute la région.

On termine l'opération par la suture au niveau du péritoine, le rapprochement des muscles droits par quelques points de catgut, serrés avec douceur. Enfin on suture transversalement l'aponévrose abdominale.

Avant de fermer la peau, il est bon de faire un drainage filiforme, avec un faisceau de crins, de l'espace musculaire rétro-aponévrotique. Enfin M. Douay fait habituellement un surjet sur la graisse en prenant seulement le plan fibreux profond du pannicule adipeux ; ce surjet au fin catgut matelasse la suture cutanée et améliore son aspect définitif, rendant ainsi la cicatrice pour ainsi dire invisible.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I

Madame P..., âgée de 25 ans, mariée depuis 5 ans, atteinte de stérilité primaire, vient à la consultation du Docteur Douay, le 7 décembre 1933, pour règles prolongées, pertes blanches et douleurs lombaires. Ces troubles fonctionnels l'inquiètent beaucoup moins que la stérilité qu'elle présente.

Examen gynécologique, : montre gros utérus, mou et sensible, en rétroversion et rétroflexion, le col est gros, encombré par des glaires, les annexes paraissent saines.

Une tentative de réduction par manoeuvres vaginales, amène un redressement partiel de l'utérus, on propose à la malade de l'opérer dans le service.

Avant de faire cette opération, un examen radiographique au lipiodol paraît indispensable pour se rendre compte de la perméabilité tubaire.

Examen au lipiodol le 13 décembre 1933

Docteur Douay. — Injection sous contrôle de l'écran de 12 cc. Une partie reflue dans le vagin, par le col difficile à oblitérer. Le lipiodol passe facilement dans les trompes et dans la cavité péritonéale. Un premier cliché est fait à ce moment-là. La sonde cervicale de l'appareil à lipiodol est retirée.

On constate que le lipiodol reste dans la cavité du corps utérin, en rétroversion.

Un deuxième cliché est fait en ce moment, montrant que la rétroversion utérine est capable, dans la position horizontale, de gêner considérablement la sortie du liquide intra-utérin. •

Opération (8 janvier 1934) par le Docteur Douay, aide Docteur Semistin de Stamboul, assistant étranger. Anesthésie au schleich. Incision transversale de Pfannenstiel, basse au niveau de la peau, un peu plus haute sur l'aponévrose du grand oblique. Incision médiane entre les grands droits et ouverture médiane du péritoine. Le petit écarteur de Doyen est mis en place, on enlève d'abord l'appendice au thermocautère avec enfouissement.

L'utérus apparaît complètement basculé en arrière. La cavité péritonéale contient du liquide, environ 40 cc.; on peut se demander si la présence de ce liquide n'est pas due à la pénétration de lipiodol faite 25 jours avant; mais le péritoine est épais, chroniquement enflammé, surtout dans le cul-de-sac de Douglas; il semble plutôt qu'il s'agit là d'une péritonite chronique, due à la rétroversion utérine elle-même.

L'utérus est redressé avec la main, sans difficulté; aucune adhérence.

Cet utérus est gros, mou, rouge, violacé, les annexes sont saines, les pavillons bien ouverts.

Ligamentopexie. — Les ligaments ronds saisis à 2 à 3 cm. des cornes utérines avec une pince de Kocher. La traction sur ces ligaments montre que le péritoine épaissi et manquant de souplesse gêne la mobilisation du ligament. On incise le péritoine parallèlement au ligament pour le libérer. Un point de suture d'avant en arrière sur le péritoine derrière le ligament libéré, ferme la brèche péritonéale. La valve de Doyen est retirée. On dissèque la fossette inguinale interne en dehors du bord extérieur du muscle

droit pour découvrir l'artère épigastrique, qu'on écarte en dehors. On perfore le péritoine *en dedans* de l'épigastrique pour prendre le ligament rond dans l'abdomen, préalablement repéré par la pince de Kocher. Le ligament rond est attiré dans la région inguinale, l'arcade de Fallope est mise en évidence d'un coup de sonde cannelée, et le ligament est fixé par trois points de suture catgut, à l'arcade.

Pour fermer la fossette inguinale interne un catgut rapproche les muscles petit oblique et transverse du bord externe du muscle droit de l'abdomen.

La même opération est faite du côté opposé sans difficulté. On termine par la suture médiane du péritoine trois points de catgut sur les muscles droits, enfin suture transversale de l'aponévrose, en laissant sous l'aponévrose un drainage filiforme avec une mèche de crins. Surjet sur la graisse et suture de la peau avec agrafes et crins.

Suites opératoires. — Très favorables, sans fièvre, à noter une douleur scapulaire bilatérale, expliquée par le pneumopéritoine post-opératoire, symptôme souvent observé par M. Douay, est dû à l'emprisonnement de l'air atmosphérique dans la cavité péritonéale au moment des sutures. Si les sutures sont hermétiques, le gaz s'accumule sous le diaphragme, produisant une irritation des nerfs phréniques et provoque une douleur scapulaire, comme le fait est observé couramment dans l'insufflation tubaire pour stérilité. Pour faire cesser cette douleur scapulaire avec sa gêne respiratoire, il suffit de mettre l'opérée en décubitus dorsal sans oreiller, la douleur disparaît immédiatement.

Le drainage capillaire a été enlevé au bout de 48 h., les agrafes au dixième jour, la malade est sortie le 16^e jour, (23 janvier 1931), bien cicatrisée et en bon état.

Elle n'est pas revenue à la consultation, mais nous lui avons écrit une lettre et dans sa réponse elle nous dit qu'elle est enceinte depuis le début de Juin. *La grossesse a débuté quatre mois après l'opération.* Elle entre actuellement dans son septième mois. Elle est suivie par son médecin le Docteur Tchékoff, qui considère sa grossesse comme normale.

OBSERVATION N° 2

Madame T..., âgée de 25 ans, vient à la consultation le 10 septembre 1932, pour pertes blanches, douleurs après la marche, d'ouleurs aux rapports sexuels ; elle se plaint en plus de douleurs au rectum, quand elle s'assied. Elle est très bien réglée, durée 4 ou 5 jours, mais souffre les deux premiers jours de ses règles.

Dans les antécédents, signalons une infection syphilitique, en 1929, avec BW+, traitée au novar. Le BW - pratiqué dans le service est négatif. Une fausse couche au mois de septembre en 1931.

Examen gynécologique. — L'utérus est assez gros, en rétroversion, douloureux à la pression. On sent une masse annexielle gauche, assez mal délimitée, douloureuse au toucher.

Toute tentative de réduction, provoque des douleurs, de sorte que la rétroversion est considérée comme une rétroversion adhérente et irréductible.

Devant la présence de ces signes fonctionnels et physiques, le diagnostic de rétroversion utérine irréductible avec annexité gauche est posé. On conseille à la malade de se faire opérer dans le service.

Elle est hospitalisée le 12 septembre 1932, dans le service de M. le Docteur J.L. Faure, à l'hôpital Broca.

Opération. 20 septembre 1932. — Opérateurs : Docteur Douay, aide M. Delangre. Anesthésie au Schleich. Incision transversale basse de Pfannenstiel au niveau de la peau ; l'aponévrose du grand oblique est incisée un peu plus haut, incision médiane entre les grands droits et ouverture médiane du péritoine. Le petit écarture de Doyen est mis en place. En un premier temps on enlève l'appendice, avec enfouissement du moignon.

L'utérus est reconnu, il est gros, complètement rétro-

versé. Contrairement aux données de l'examen clinique, il n'y a aucune adhérence, ni aucune annexite ; on redresse facilement l'utérus, les annexes sont saines.

Ligamentopexie. — Les ligaments ronds sont saisis à 2 à 3 cm. des cornes utérines avec une pince de Kocher. On enlève la valve de Doyen. Dissection de la fossette inguinale interne en dehors du bord externe du grand droit pour découvrir l'artère épigastrique, qu'on écarte en dehors.

Le péritoine est perforé en dedans de l'épigastrique pour y faire passer les ligaments ronds, préalablement saisis par une pince de Kocher. Le ligament rond est attiré dans la région inguinale, l'arcade de Fallope mise en évidence, le ligament rond y est fixé par quelques points de suture.

On ferme la fossette inguinale interne avec un point de catgut, qui rapproche les muscles petit oblique et transverse au bord externe du grand droit de l'abdomen, pour éviter la hernie post-opératoire.

La même opération est faite du côté opposé ; on ferme le péritoine, trois points de catgut pour rapprocher les bords internes des muscles droits, enfin suture de l'aponévrose. Drainage filiforme sous l'aponévrose avec une mèche de crins. Surjet sur la graisse et suture de la peau avec agrafes et crins.

Suites opératoires. — Très favorables, sans fièvre. Le drainage capillaire est enlevé au bout de 48 heures, les agrafes au dixième jour. La malade est sortie le 24^e jour en très bon état, très belle cicatrice.

Revue le 13 octobre 1932 : la cicatrice est presque invisible, l'utérus est en bonne position, mais la malade se plaint de quelques pertes.

Revue le 8 décembre 1932, en bon état, mais on trouve encore quelques glaires dans le col utérin.

On propose une cautérisation avec Fihlos, si cela persiste.

Revue le 5 janvier 1933, en bon état, le col va mieux.

Revue le 8 février 1933, en très bon état.

Revue le 10 juillet 1934, l'utérus garde toujours sa position normale. Les troubles fonctionnels ont disparu, les règles sont régulières et sans douleur. Le résultat est très satisfaisant.

OBSERVATION N° 3

Madame B., âgée de 27 ans, est venue à la consultation le 29 février 1929, pour appendicite, première crise au mois de mai 1928, crise subaiguë traitée par le repos et glace pendant quinze jours. Actuellement, elle se plaint encore de douleurs dans la fosse iliaque droite, constipation et en plus elle nous dit que ses règles sont douloureuses. Pas de pertes.

Examen clinique.

a) Le point de Mac-Burney est douloureux.

b) L'utérus est en rétroversion, il est augmenté de volume, mou, sensible à la pression. Pas de masses annexielles, mais dans le cul-de-sac droit, on trouve un point douloureux qui paraît être lié à une légère inflammation de l'ovaire. L'utérus paraît irréductible, toute tentative de réduction est douloureuse.

Le diagnostic de rétroversion utérine avec appendicite est posé, on propose à la malade une intervention chirurgicale. Trois jours après (le 23 février 1929) elle est hospitalisée.

Opération le 25 février 1929.—Opérateur: Docteur Douay, aide M. Lonbeau, assistant étranger. Anesthésie au Schleich.

Incision transversale de Pfaimenstiel, avec section transverse de l'aponévrose du grand oblique. Incision médiane entre les grands droits et ouverture du péritoine.

La petite valve de Doyen est mise en place.

1° *Appendicectomie.* — L'appendice est enflammé, très adhérent. Difficultés opératoires considérables. Section de

l'appendice à la base au thermocautère, enfouissement. On reconnaît que l'extrémité de l'appendice a été déchirée, recherche difficile de cette extrémité, on trouve alors un calcul au milieu d'un abcès péricœcal. La paroi du cœcum à cet endroit est très amincie, peut-être même perforée. Suture sur le cœcum. Péritonisation du segment cœcal inférieur. Une mèche et un drain ont été mis dans la région cœcale, en incisant dans l'extrême partie de la région opératoire le petit oblique et transverse.

On continue l'opération, après avoir changé de gants et de champs.

2° Ligamentopexie. — L'utérus est reconnu, il est en rétroversion et facilement redressé, pas d'adhérence. Cet utérus est légèrement augmenté de volume, mou, rouge, violacé. Les annexes sont saines.

Les ligaments ronds sont saisis à 3 cm. des cornes utérines avec une pince de Kocher. La traction sur les ligaments est possible.

La valve de Doyen est retirée. On dissèque la région inguinale, en dehors du bord externe du muscle droit pour découvrir l'artère épigastrique qu'on écarte en dehors. On perfore le péritoine en dedans de l'épigastrique, pour prendre les ligaments ronds dans l'abdomen préalablement repérés par la pince de Kocher. Le ligament rond est attiré dans la région inguinale, l'arcade de Fallope mise en évidence, on y fixe le ligament rond par quelques points de suture au catgut.

On renforce la région inguinale par le procédé habituel, c'est-à-dire en rapprochant avec un point de catgut les muscles petit oblique, transverse du bord externe du muscle droit de l'abdomen. On termine par suture médiane du péritoine, en laissant passage pour un drain sus-pubien.

On rapproche les bords internes des muscles droits par trois points au catgut, enfin suture transversale de l'aponévrose. Surjet sur la graisse, suture de la peau avec crins.

Suites opératoires.—Température à 38° dès le lendemain de l'opération. La mèche du drain latéral droit est enlevée le troisième jour ; des matières fécales et du pus sortent par l'orifice laissé après l'ablation de la mèche.

Le drain sus-pubien ne donne qu'un peu de sérosité et est enlevé après 48 heures. Par le drain de la fosse iliaque droite sort du pus pendant quelques jours.

Ablation des crins le huitième jour, la température qui s'était maintenue en plateau aux environs de 38° pendant dix jours, baisse, la malade se sent mieux. Le dix-huitième jour on enlève le drain latéral droit et on met en place un balai de crins, que l'on enlève au bout de 48 heures.

La malade est sortie le 30^e jour, complètement apyrétique, se sentant très bien, avec cicatrisation complète.

Revue le 28 septembre 1929 à la consultation. La cicatrice est très bonne, très peu visible, l'utérus est en bonne position.

Revue le 22 février 1930. Elle ne présente plus aucune douleur ni au moment des règles, ni dans la fosse iliaque droite. La cicatrice est à peine visible, malgré le drainage prolongé. Le résultat est bon.

Conclusion. Cette observation nous montre un cas particulièrement compliqué, par suite des lésions très graves d'appendicite avec abcès contenant un calcul. Rupture de l'appendice. Ce foyer a été drainé isolément par l'extrémité interne de l'incision transverse.

La ligamentopexie faite ensuite n'a pas été influencée par la première partie de l'opération, et la suture du ligament rond n'a pas suppuré et a donné une excellente ligamentopexie-orthostatite utérine.

Ceci s'explique par l'absence de communication entre les deux opérations successives. Le résultat excellent a justifié la technique peut-être un peu audacieuse du chirurgien.

OBSERVATION N° 4

Madame G., âgée de 28 ans est venue à la consultation du Docteur Douay le 26 novembre 1928, parce qu'elle se plaint de douleurs lombaires, douleurs dans la fosse iliaque droite, et présente une stérilité primaire qui l'inquiète beaucoup. Elle est mariée depuis six ans et n'a jamais eu le moindre retard de règles.

Examen clinique. — L'utérus est gros en rétroversion et rétroflexion, il est mou et douloureux. Pas de masses annexielles perceptibles, mais le doigt explorateur qui se trouve dans le cul-de-sac droit provoque une douleur vive (ovarite droite ?). On essaie de réduire l'utérus, mais les tentatives sont douloureuses et on abandonne cette réduction. On propose à la malade de l'opérer dans le service.

Elle est hospitalisée le 30 novembre 1928 ; avant de faire l'opération, on pratique un examen au liopodol, pour se rendre compte de la perméabilité des trompes.

Examen au liopodol, le 2 décembre 1928 : appareil du Docteur Douay. Le col est saisi dans une pince de Museux et abaissé au maximum pour redresser l'utérus. Le liopodol pénètre facilement dans la cavité utérine qui est remplie avec 3 cc 1/2. Le liopodol passe ensuite dans les trompes sans provoquer de douleur, puis dans le péritoine. En ce moment, (4 cc 1/2) un cliché est fait qui montre nettement une image de pénétration péritonéale du côté gauche, plus douteux du côté droit (hydrosalpinx possible). On surveille ensuite sur l'écran la sortie du liopodol après ablation de la sonde et de la pince à col. On reconnaît alors que l'utérus reprend sa place en arrière et que dans cette situation l'évacuation du liopodol est considérablement ralentie.

Opération, 10 décembre 1928. — Opérateurs : Docteur Douay, aide M. Guillaume, interne du service. Anesthésie au Scheich.

Incision transversale de Pfannenstiel basse. Après écartement des grands droits ouverture médiane du péritoine.

1° *L'appendicectomie* avec enfouissement du moignon est faite sans difficulté.

2° *Ligamentopexie* : L'utérus est reconnu en rétroversion, il est gros, immobilisé par de nombreuses adhérences, qu'on sectionne. Les annexes sont adhérentes, surtout l'annexe droite, la trompe est fermée, son extrémité (petit hydrosalpinx) Ouverture par section transverse de son extrémité renflée avec ablation de la partie adhérente à l'ovaire ; ouverture de l'orifice par débridement et fixation des deux bords de l'incision pour agrandir l'orifice.

Les ligaments ronds sont saisis à 2 à 3 cm. des cornes utérines avec une pince de Kocher. La valve de Doyen est retirée. On dissèque la région inguinale en dehors du bord externe du muscle grand droit, l'artère épigastrique est reconnue, et on perfore le péritoine en dedans de cette artère ; le ligament rond est attiré par cette ouverture dans la région inguinale et suturé à l'arcade de Fallope. Un point de catgut pour rapprocher les muscles petit oblique et transverse du bord externe du muscle droit. La même opération est faite du côté opposé. On termine par la suture médiane du péritoine et des muscles droits, suture transversale de l'aponévrose en laissant sous cette aponévrose un drainage filiforme avec une mèche de crins. Surjet sur la graisse et suture de la peau avec agrafes et crins.

Suites opératoires : La température dès le lendemain de l'opération s'élève aux environs de 38°4 le soir et vers 37°8 le matin pendant trois jours, elle baisse progressivement vers la normale et s'y maintient, la malade se sent très bien. Le drainage filiforme est enlevé au bout de 48 heures ; ablation des crins et agrafes au dixième jour. La malade a quitté l'hôpital le 24^e jour en très bon état, complètement apyrétique, ne présentant plus aucune douleur lombaire, ni dans la fosse iliaque droite. La cicatrice est très belle.

Depuis son départ de l'hôpital, elle n'est pas revenue à la consultation du Docteur Douay dans le service.

Nous lui avons écrit, et elle nous réponds : « Depuis mon opération je n'ai ressenti aucun malaise et me porte très bien grâce à vos bons soins ».

OBSERVATION N° 5

M^{lle}. C., âgée de 20 ans, vient à la consultation le 12 novembre 1931, parce qu'elle souffre de douleurs lombaires, douleurs pendant les deux jours qui précèdent les règles et des pertes blanches. Pas de fausse couche.

Examen clinique. — On trouve un utérus qui n'est pas gros, mou, en rétroversion, il est douloureux à la pression. Pas de masses annexielles perceptibles. La tentative de réduction est douloureuse, et l'utérus ne peut que partiellement être réduit. Le diagnostic de rétroversion utérine est évidente, et on conseille à la malade de se faire opérer dans le service.

La malade est hospitalisée le 13 novembre 1931, mais quelques jours après ses règles viennent, et on attend leur fin pour intervenir.

Opération, le 23 novembre 1931. — Opérateurs : Docteur Douay et Docteur Kyriacacos, assistant étranger, anesthésie au Schleich.

On pratique l'incision transversale de Pfannenstiël. L'appendice est enlevé, on pratique ensuite la ligamentopexie par le procédé habituel du Docteur Douay, c'est-à-dire, fixation des ligaments ronds à travers la fossette inguinale moyenne à l'arcade crurale (mise en évidence au préalable par un coup de sonde.

Pas de drainage capillaire, avec une mèche de crins de Florence.

Suites opératoires. — Un peu de fièvre à 38°9 le deuxième jour après l'opération.

Hématome ouvert au niveau de la suture le huitième jour. Les agrafes sont enlevées le dixième jour. La cicatrice se fait bien, la malade quitte le service le 25^e jour avec une très belle cicatrice et ne présentant plus de signes fonctionnels.

Elle n'est pas revenue à la consultation, depuis son opération.

Nous lui avons écrit, la malade ne nous a pas répondu.

Conclusion. Cette observation montre une petite complication assez fréquemment observée dans l'incision transversale, c'est la formation d'un hématome. Celui-ci se forme sur l'aponévrose abdominale, il ne se vide que tardivement (le huitième jour dans notre observation) ; il est probable que si le drainage sous aponévrotique avait été fait dans ce cas comme dans les autres opérations, ce petit incident ne se serait pas produit.

OBSERVATION N° 6

Madame P., âgée de 26 ans est venue à la consultation du jeudi du Docteur Douay le 20 décembre 1929, parce qu'elle se plaint de pertes blanches depuis quatorze mois, de douleurs lombaires et règles douloureuses. Elle a été soignée dans le service au début de cette année 1929 pour métrite du col (cervicite), puis hospitalisée en octobre 1929 ; on trouve à ce moment-là en plus de la rétroversion avec métrite une annexite double. Après six jours, de repos, on se croit autorisé de faire un traitement diathermique ; après la deuxième séance, les règles arrivent avec quelques jours d'avance, le quatrième jour des règles la température s'élève, les règles s'arrêtent et la fièvre monte à 39°3. Glace et immobilisation au lit. Cette poussée fébrile tombe le lendemain et la malade quitte l'hôpital.

Elle revient à la consultation en janvier 1930, décidée cette fois à se faire opérer.

Examen gynécologique. — L'utérus est gros en rétroversion, mais très douloureux. Pas d'annexite perceptible. Aucune douleur. L'opération est décidée.

Opération le 6 janvier 1930. — Opérateurs : Docteur Douay et Docteur Robin, assistant étranger. Anesthésie au Schleich. Incision de Pfannenstiel, incision médiane du péritoine. Ecarteur de Doyen est mis en place.

1° *Appendicectomie et enfouissement* — L'ovaire droit

est polykystique, résection partielle et petit surjet hémostatique suivant la technique de Walther. Aucune adhérence qui puisse empêcher de redresser l'utérus.

2° *Ligamentopexie.* — Les ligaments ronds sont saisis à 2 à 3 cm. des cornes utérines. La mobilisation de l'utérus par leur intermédiaire est possible, et la traction exercée sur ces ligaments met le fond de l'utérus en bonne place.

La valve de Doyen est retirée,

Dissection de la région inguinale, en dehors du bord externe du grand droit ; à ce niveau, on perfore le péritoine en dedans de l'épigastrique pour y faire passer les ligaments ronds, préalablement resserrés dans l'abdomen avec la pince de Kocher.

Le ligament rond est attiré dans la région inguinale et fixé à l'arcade de Fallope.

On renforce la fossette inguinale par un point au catgut qui réunit les muscles petit oblique et transverse au bord externe du muscle droit de l'abdomen pour éviter la hernie post-opératoire (par élargissement de l'orifice interne du canal inguinal, au moment de la dissection de la région inguinale pour découvrir l'artère épigastrique).

On termine par la suture de la paroi. Sous l'aponévrose un drainage filiforme avec une mèche de crins de Florence

Suites opératoires. — Légère élévation thermique à 38° le soir et 37°6 le matin, pendant les dix jours qui suivent l'opération.

Au bout de 48 heures on retire le drainage capillaire. Au dixième jour, ablation des agrafes. La température est descendue à la normale et s'y maintient. La malade se sent très bien ; elle quitte le service le 23^e jour, la cicatrice est très belle, elle ne présente plus aucun trouble fonctionnel ; peu de pertes.

Revue le 5 mars 1930, en très bon état, la cicatrice opératoire est à peine visible.

Revue le 27 mars 1930, très bon état, n'a plus du tout de

perles. L'utérus est de volume normal et garde sa position normale. La cicatrice est quasi invisible. La malade est satisfaite et spécialement de la disparition des pertes blanches qu'elle présentait depuis des années (opiniâtres à tout traitement médical...).

OBSERVATION N° 7

Madame L., âgée de 24 ans est venue consulter le 5 mars 1931, à l'hôpital Broca, dans le service de M. le Professeur J.L. Faure, parce qu'elle se plaint de douleurs dans les 3, 4 jours qui précèdent ses règles et parce qu'elle est sujette à des crises nerveuses se traduisant par des secousses des extrémités, des raideurs des membres et des mouvements des globes oculaires. Ces mouvements cloniques et toniques sont considérés par M. Douay comme des phénomènes nerveux non systématisés, qui rappellent les crises hystériformes décrites autrefois par Charcot et que Babinski a rangé sous le nom de troubles pithiatiques. Les crises nerveuses que la malade présente chez elle et qui inquiètent son entourage sont du même ordre.

Examen gynécologique par le Docteur Douay. — On trouve un utérus qui est gros, en rétroversion, rétroflexion. On ne sent aucune masse annexielle, mais la pression sur l'utérus est douloureuse, à tel point que toute tentative de réduction n'est pas seulement douloureuse, mais déclenche des phénomènes d'excitation nerveuse, du genre de la crise nerveuse décrite ci-dessus. On porte le diagnostic de rétroversion sur un terrain nerveux. On conseille à la malade avec persuasion qu'une intervention chirurgicale mettra fin à tous les signes fonctionnels qu'elle présente. Elle est décidée de se faire opérer et rentre dans le service le 9 mars 1931.

Opération le 16 mars 1931. — Par le Docteur Douay, aide Docteur Teikeina, assistant étranger hollandais, anesthésie

au Schleich. Incision transversale basse de Pfannenstiël. Les grands droits sont écartés, ouverture médiane du péritoine. La petite valve de Doyen est mise en place.

a) *Appendicectomie*. — Avec enfouissement du moignon. L'utérus est facilement reconnu en rétroversion, gros, rouge, violacé, mou, on le redresse sans aucune difficulté ; pas d'adhérence. Annexes saines.

b) *Ligamentopexie*. — Par le procédé habituel du Docteur Douay, après repérage préalable des ligaments ronds dans l'abdomen. La valve de Doyen est retirée ; on dissèque la région inguinale interne, en dehors du bord externe du grand droit, pour découvrir l'artère épigastrique et qu'on écarte en dehors. Le péritoine est perforé à ce niveau, en dedans de l'épigastrique, pour y faire passer le ligament rond que l'on fixera à l'arcade de Fallope par quelques points au catgut. Pour éviter la hernie post-opératoire, on rapproche un point au catgut les muscle petit oblique, transverse au bord externe du grand droit.

La même opération est faite du côté opposé, sans aucune difficulté. On ferme le ventre en étage, en laissant un drainage filiforme sous l'aponévrose musculaire, par une mèche de crins.

Suites opératoires. — Très favorables, aucune élévation thermique ; la malade ne se plaint de rien. On retire le drainage filiforme au bout de 48 heures, ablation des crins le dixième jour. La malade quitte le service le 21^e jour, très satisfaite, ne présentant plus aucune douleur, ni crises nerveuses. La cicatrice est très belle.

Revue le 5 avril 1931, le résultat est très bon, la malade n'a pas eu de crises nerveuses, la cicatrice est à peine visible.

Revue le 3 septembre 1931, n'a eu que deux seules crises nerveuses au début de ses règles. Traitement Sedobrol.

Revue le 28 avril 1932, n'a pas eu de crises nerveuses, mais difficultés aux rapports sexuels par vaginisme. Dilatation du vagin de dedans, en dehors, sans anesthésie par

le spéculum suivant la méthode du Docteur Douay. L'utérus garde sa position normale.

Revue le 24 mai 1934, elle présente un retard de règles. Dernières règles le 24 mars 1934. Utérus très probablement gravide.

Revue le 21 juillet, pas de crises nerveuses, l'utérus est gros, gravide de trois mois $3/4$.

Revue le 6 septembre 1934, une crise nerveuse en août 1934 urines sans albumine. Très bonne cicatrice. Hospitalisée pour cinq jours par le Docteur Douay, qui lui fait un traitement par suggestion ; elle quitte le service en très bon état. Actuellement la grossesse se poursuit sans complication.

OBSERVATION N° 8

M^{lle} A., âgée de 20 ans, est venue consulter dans le service le 18 juin 1930, parce qu'elle se plaint de douleurs intenses au moment des règles, surtout les trois premiers jours qui précèdent ses règles.

Examen gynécologique. — Pratiqué par le Docteur Douay, montre un utérus en arrière, qui n'est pas augmenté de volume, mais très douloureux à la pression. On ne sent pas de masses annexielles. La réduction utérine est facilement obtenue, il s'agit de rétroversion congénitale, ou qui s'est produite sans cause apparente. Il est probable que la réduction ne se maintiendra pas.

On conseille à la malade de rentrer dans le service et se faire opérer. Le 20 juin 1930 elle est hospitalisée, le nouvel examen pratiqué en ce moment, montre que la rétroversion s'est reproduite.

Opération (7 juillet 1930). — Opérateurs : Docteur Douay et M. Godard, interne du service. Anesthésie au Schleich.

Incision transversale sus-pubienne de Pfannenstiël. On écarte les muscles grands droits, et on ouvre le péritoine sur la ligne médiane. On met la valve de Doyen.

1^o *Appendicectomie*. — Très facile, enfouissement du moi-
gnon. L'utérus étant reconnu en rétroversion, on explore
les annexes, qui sont saines. Les pavillons sont bien ouverts,
pas d'adhérence, on redresse facilement l'utérus.

2^o *Ligamentopexie*. — Les ligaments ronds sont saisis par
la pince de Kocher et sont passés à travers la paroi en de-
hors des droits de l'abdomen, au niveau des régions inguinales
et fixés à l'arcade de Fallope. La même opération est faite
du côté opposé. Fermeture de la paroi abdominale, avec
drainage capillaire sous aponévrotique.

Suites opératoires. — Favorables ; sans aucun incident, on
enlève le drainage capillaire au bout de 48 heures. Ablation
des crins et agrafes au dixième jour. La malade a quitté le
service au 28^e jour, avec un très bon état général. La cica-
trice est très belle.

Revue le 7 octobre 1931, bonne cicatrice et presque invis-
ble a eu quelques légères douleurs au moment des règles,
pendant les deux mois qui suivaient l'opération.

Revue le 12 novembre 1931, l'utérus est en excellente posi-
tion, la malade ne souffre plus du tout au moment de ses
règles ; elle est satisfaite.

OBSERVATION N^o 9

Madame T., âgée de 32 ans, mariée depuis huit ans, vient
à la consultation du jeudi du Docteur Douay, parce que
depuis quelques années (six ans), elle se plaint de douleurs
lombaires, douleurs dans le bas ventre, plus accusées à
droites et des règles très douloureuses et prolongées. Pas
d'enfants, pas de fausses-couches, pas de pertes.

Examen gynécologique. — On trouve un utérus qui est
augmenté de volume et douloureux à toute tentative de
mobilisation, ce qui laisse supposer la présence d'annexité ;
en effet, une masse du côté droit difficile à percevoir et qui
se cache un peu derrière l'utérus, annexité droite probable.

On conseille à la malade une opération dans le service, opération qui s'efforcera d'être conservatrice, étant donné le désir exprimé par la malade de garder l'espoir d'une maternité.

Elle est hospitalisée le 10 janvier 1927, et le 17 janvier 1927 on intervient.

Opérateurs : Docteur Douay et M. Duval, interne du service. Anesthésie au Schleich.

Incision transversale basse de Pfannenstiel. On incise sur la ligne médiane entre les grands droits, et on les écarte. Ouverture médiane du péritoine, mise en place de la valve de Doyen.

1° *Appendicectomie*. — L'appendice est long et gros, ablation et enfouissement du moignon.

L'utérus apparaît gros, rouge, violacé, mou, en rétroversion, rétroflexion. Pas d'adhérence importante. On redresse cet utérus sans difficulté. Les pavillons sont bien ouverts, mais les ovaires sont gros, surtout l'ovaire droit.

2° *Ligamentopexie*. — Une fois saisis, les ligaments ronds à 3 cm. des cornes utérines, on exerce une légère traction sur ces ligaments, qui montre une mobilité possible de l'utérus. La valve de Doyen est enlevée. On perfore le péritoine au niveau de la fossette inguinale moyenne, pour y faire passer les ligaments ronds, saisis préalablement dans l'abdomen avec la pince de Kocher. On attire ce ligament en dehors et on le fixe par quelques points au catgut à l'arcade de Fallope. Un point de suture entre le tendon conjoint et le bord externe du muscle droit. La même opération est faite sans difficulté du côté opposé.

Fermeture de la paroi, drainage capillaire sous-aponévrotique.

Suites opératoires. — Le premier jour après l'opération, température à 38°, ensuite elle descend à la normale et s'y maintient. La malade va très bien. Le deuxième jour après l'opération, la malade a ses règles, sans aucune douleur et

qui durent *trois jours*. Ablation du drainage capillaire au bout de 48 heures, agrafes et crins au dixième jour. Elle sort de l'hôpital le 24^e jour avec une très belle cicatrice ne se plaignant plus d'aucune douleur.

Revue le 8 janvier 1929, très belle cicatrice, l'utérus est en bonne position, aucun phénomène douloureux, mais n'a pas encore de grossesse.

OBSERVATION N° 10

Madame J., âgée de 30 ans, vient consulter dans le service le 5 mai 1927, parce qu'elle se plaint de douleurs au moment des règles, des règles prolongées et d'une forte constipation. Pas de fausse-couches, pas d'enfants, ne présente pas de pertes.

Examen clinique. — L'utérus est en rétroversion, il est gros, mou, douloureux à l'exploration vaginale. On ne perçoit aucune masse annexielle. La réduction utérine est partiellement obtenue, mais elle est douloureuse; on conseille à la malade de se faire opérer.

Le 9 mai 1927 elle entre dans le service et le 16 mai 1927, on l'opère.

L'opération est pratiquée par le Docteur Douay, aidé de M. Duval, interne du service. Anesthésie au Schleich.

Incision transversale basse de Pfannenstiel. Incision entre les grands droits. Ouverture médiane du péritoine. Mise en place de la valve de Doyen.

1° *Appendicectomie* pratiquée sans aucune difficulté avec enfouissement du moignon appendiculaire.

L'utérus apparaît gros, rouge, violacé, complètement rétroversé. Il est facilement redressé avec la main pas d'adhérence. Les annexes sont saines, les ovaires sont de volume normal.

2° *Ligamentopexie*. Les ligaments ronds sont saisis à 3 cm. des cornes utérines avec une pince de Kocher, la

traction sur ces ligaments mobilise facilement l'utérus. La valve de Doyen est retirée. Dissection minutieuse de la région en dehors du bord externe du grand droit pour découvrir l'artère épigastrique. On l'écarte en dehors, le péritoine est perforé à ce niveau, en dedans de cette artère ; on fait passer à travers cet orifice péritonéal, le ligament rond qui était déjà saisi dans l'abdomen avec la pince de Kocher, on l'attire vers l'arcade de Fallope et on l'y fixe par quelques points de suture au catgut. Répétition de la même opération du côté opposé.

Pour fermer la paroi, on fait une suture du péritoine, on met trois points de catgut sur les muscles grands droits et suture de l'aponévrose, en laissant un drainage capillaire sous-aponévrotique formé par une mèche de crin. Un surjet sur la graisse et suture de la peau avec crins et agrafes.

Suites opératoires, très favorables et sans aucune élévation thermique. Le troisième jour après l'opération, la malade a ses règles sans aucune douleur et elles durent 4 jours.

On enlève le drainage capillaire au bout de 48 heures, ablation des crins et agrafes au neuvième jour. La malade est sortie de l'hôpital le 22^e jour en parfait état.

La cicatrisation est complète.

Revue le 13 octobre 1927, en très bon état, ne souffre plus du tout de ses règles, elles ont une durée normale.

Revue le 9 février 1928. La malade est en très bon état. L'utérus garde sa bonne position, mais la malade accuse une douleur légère lorsqu'elle fait un effort, au niveau de la région inguinale gauche. La cicatrice est à peine visible.

CONCLUSIONS

1° La ligamentopexie dans l'incision transverse donne lieu à des difficultés techniques que les chirurgiens ont essayé de résoudre de différentes façons. Nous avons décrit dans cette thèse le procédé de ligamentopexie à l'arcade fémorale, tel que nous l'avons vu exécuter à l'hôpital Broca par le Docteur Douay.

2° Dans ce procédé, le ligament rond est tiré hors de l'abdomen, au niveau de la fossette inguinale moyenne, en dehors du bord externe du muscle droit, en dedans de l'artère épigastrique ; l'arcade de Fallope constitue pour lui un point d'attache particulièrement solide.

3° Lorsque le ligament rond est fixé à l'arcade fémorale, il a une direction presque rectiligne, de dedans en dehors, d'arrière en avant, et de haut en bas qui rappelle sa direction anatomique.

4° Les observations que nous avons suivies, montrent par leur résultat, l'efficacité de cette technique.

Vu, le Doyen :
ROUSSY.

Vu, le Président,
PROUST.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Amiel.** — *Les indications respectives de la ligamentopexie inguinale et de la ligamentopexie abdominale*, thèse, Toul. 1931-1932.
- Aubert.** — *Hystéropexie par amarrage des ligaments ronds à l'aponévrose*, « Revue Fr. de gynécologie et obstétrique », 1920, p. 248-314.
- Barse.** — *Opérations correctrices des déviations utérines*, thèse, Montpellier, 1905.
- Cotte et Peycelon (R.).** — A propos de la technique de la fixation ligamentaire, suivant le procédé de Doléris. « Revue Fr. de gynécologie et obstétrique », Paris, 1926, XIII, p. 241.
- Dentu (Le).** — *Gynécologie*, 1927.
- Dieulafé (L.).** — *Ligamentopexie inguinale* (Alquié, Alexander, Adains, Opération) « Paris-Médical », 29 juin 1929.
- Dartigues.** — *Orthométrie, ligamentopexie extra-péritonéale, ou inguino-pubienne associée à la laparotomie transversale*, « Presse Médicale », 1920, p. 805.
- Douay.** — *Précis de gynécologie*.
- Eparvier et Michon.** — *Des ligamentopexies dans leurs rapports avec la fécondation*, « Lyon Médical », 1925, p. 213.
- Faure (J.L.).** — *Traité de gynécologie*, 1927.
- Ferry.** — *Valeur comparée de l'hystéropexie abdominale directe et de l'hystéropexie indirecte*, Thèse de Paris 1906.
- Figniera.** — *Traitement des rétrodéviations utérines*, Thèse, Paris, 1903.

- Gill. Adedatto.** — *Hystéropexie ligamentar*, thèse de Bahia, 1929.
- Gosset (Pr).** — *Ligamentopexie par le procédé de Doléris*, « *Chirurgie hôpitaux de Paris* », 1912, p. 68.
- Luque (Pr)** Madrid. — *Adaptation du raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds, à l'incision de Pfannenstiel* « *Rev. Española do obst. y. gynec*, mai 1923 ».
- Saint-Pierre (Louis).** — *Du choix du meilleur procédé d'hystéropexie médiale (la ligamentopexie intrapéritonéale, procédé de Doléris-Beck-Richelot*, Thèse, Paris, 1931.
- Orthodoxu.** — *Ligamentopexie et isthmopexie*, Thèse, Paris, 1922.
- Pauchet.** — *Sur la technique de l'hystéropexie à l'âge de la fécondation. L'incision transversale en gynécologie*. « *La Gynécologie* », janvier 1921.
- Pellande.** — *Un procédé d'hystéropexie ligamentaire, le Doléris Pfannenstiel*, « *Revue Fr. Gynécologie et obstétrique* », 1925.
- Proust (Pr).** — *Rapport au Congrès de Chirurgie de 1920, sur les techniques des interventions chirurgicales dans les rétroversions utérines en dehors de la grossesse*, « *Revue gynécologie et obstétrique* », 1923, p. 22.
- Proust (Pr.)** — *Chirurgie de l'appareil génital de la femme*.
- Patel (M.).** — *Incision de Pfannenstiel en gynécologie*, « *Lyon Chirurgical* », juin 1923, p. 299.
- Rapin (O.).** — *Sur l'incision transversale en gynécologie* *Revue mensuelle de gynécologie, obstétrique et pédiatrie*, 1913).
- Richelot.** — *Traitement des rétroversions utérines par raccourcissement des ligaments ronds, inclusion pariétale*.
- Villard (E.) et Leroy (R.).** — *De la ligamentopexie par autoligature des ligaments ronds*, « *Revue Fr. gynécologie obstétrique*, 1930, p. 233 ».

